

## ..... TER TESTİ MERKEZİNE

Ulusal Neonatal Tarama Programı için alınan kan örneklerinde aşağıda kimlik bilgileri bulunan .....BEBEK'e ait kan örneği tarama sonucunda şüpheli bulunarak, adı geçen Ter Testinin yapılması ve gereğinde Kistik Fibrozis için gereken değerlendirme ve takibin yapılacağı bir kliniğe yönlendirilmesi için Merkezimize sevki uygun görülmüştür.

Bebek Kimlik Bilgileri:

Adı-Soyadı:.....  
Anne Adı:.....  
Doğum Tarihi:.....  
1. Kan Alınma Tarihi:.....  
2. Kan Alınma Tarihi:.....  
Tel:.....  
Adres:.....

KF Tarama Laboratuvarı sonucu:

Birinci Kan Örneği:.....

İkinci Kan Örneği:.....

Merkezimize başvuran ve yukarıda kimlik bilgileri bulunan bebeğin tam ve tedavi bilgilerinin Halk Sağlığı Müdürlüğüne geri bildiriminin yapılması Ulusal Neonatal Tarama Programı'nın takibi açısından büyük önem taşımaktadır. Bu sevk formu arka yüzündeki laboratuvar ve klinik tanı kısmı doldurularak aileye verilmeli ve bir nüshası da yine aile aracılığıyla Sağlık Müdürlüğümüze gönderilmelidir.

İlgimize teşekkür ederiz.

.....Halk Sağlığı Müdürlüğü Adres ve Telefonu: .....

Dr. Adı ve Soyadı

İmza

## ..... TER TESTİ MERKEZİNE

Ulusal Neonatal Tarama Programı için alınan kan örneklerinde aşağıda kimlik bilgileri bulunan .....BEBEK'e ait kan örneği tarama sonucunda şüpheli bulunarak, adı geçen Ter Testinin yapılması ve gereğinde Kistik Fibrozis için gereken değerlendirme ve takibin yapılacağı bir kliniğe yönlendirilmesi için Merkezimize sevki uygun görülmüştür.

Bebek Kimlik Bilgileri:

Adı-Soyadı:.....  
Anne Adı:.....  
Doğum Tarihi:.....  
1. Kan Alınma Tarihi:.....  
2. Kan Alınma Tarihi:.....  
Tel:.....  
Adres:.....

KF Tarama Laboratuvarı sonucu:

Birinci Kan Örneği:.....

İkinci Kan Örneği:.....

Merkezimize başvuran ve yukarıda kimlik bilgileri bulunan bebeğin tanı ve tedavi bilgilerinin Halk Sağlığı Müdürlüğüne geri bildiriminin yapılması Ulusal Neonatal Tarama Programı'nın takibi açısından büyük önem taşımaktadır. Bu sevk formu arka yüzündeki laboratuvar ve klinik tanı kısmı doldurularak aileye verilmeli ve bir nüshası da yine aile aracılığıyla Halk Sağlığı Müdürlüğümüze gönderilmelidir.

İlginize teşekkür ederiz.

.....Halk Sağlığı Müdürlüğü Adres ve Telefonu: .....

Dr. Adı ve Soyadı

İmza